

## 診療情報提供書(紹介状)

年 月 日

川崎医科大学附属病院

放射線診断科

外来担当医 先生

〒701-0192  
 岡山県倉敷市松島577  
 地域医療連携室  
 直通 TEL:086-464-1567  
 直通 FAX:086-464-1166  
 代表 TEL:086-462-1111

紹介元医療機関の所在地・名称

医師氏名

TEL

FAX

※緊急を要する所見の場合にご連絡を取らせて頂くことがあります  
 貴院時間外の緊急連絡先(担当者)

( ) —

フリガナ	性別	生年月日
患者氏名	男・女 旧姓( )	明・大・昭・平・令 年 月 日( 歳)
住所 〒		電話番号 ( ) —

主訴・傷病名

検査目的

既往歴及び家族歴

感染症 (無・有) 薬剤アレルギー (無・有)

症状経過及び治療経過・検査所見

現在の処方

- ・大変お手数ですが、検査日の3日前(休診日を除く)までに紹介状のFAXもお願い致します。
- ・本様式は、当院のホームページからもダウンロードすることができます。